

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 148

DIABÈTE ET SYPHILIS

(Essai de Revue générale)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 25 Mars 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

BOUCHARD Jean

Né le 4 Juin 1895, à Albi (Tarn)

*Lauréat de la Faculté de Médecine de Toulouse.
(Concours 1914)*

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire.



MACON

J. BUGUET-COMPTOUR, IMPRIMEUR,

4, RUE ST-NIZIER ET 1, RUE SENECE.

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 148

DIABÈTE ET SYPHILIS

(Essai de Revue générale)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 25 Mars 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

BOUCHARD Jean

Né le 4 Juin 1895, à Albi (Tarn)

Lauréat de la Faculté de Médecine de Toulouse.
(Concours 1914)

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire.



MACON

J. BUGUET-COMPTOUR, IMPRIMEUR,

4, RUE ST-NIZIER ET 1, RUE SENEÇÉ.

1920



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
LEPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, MORAT, TESTUT,
PIERRET, BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER ROQUE BARD
Cliniques Chirurgicales	{	TIXIER BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements.....		FABRE
Clinique ophtalmologique		ROLLET
Clinique de maladies cutanées et syphilitiques.....		NICOLAS
Clinique des maladies nerveuses et mentales.....		LEPINE
Clinique des maladies des enfants.....		WEILL
Clinique des maladies des femmes.....		POLLOSSON (A.)
Physique biologique, radiologie, physiothérapie.....		CLUZET
Chimie biologique		HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie.....		MOREL
Matière médicale et Botanique.....		MOREAU
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		GUIART
Anatomie		X...
Anatomie générale et Histologie.....		POLICARD
Physiologie		DOYON
Pathologie interne		COLLET
Pathologie et Thérapeutiques générales.....		MOURIQUAND
Anatomie pathologique		PAVIOT
Médecine opératoire		POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée		ARLOING F.
Médecine légale		Etienne MARTIN
Hygiène		COURMONT (P.)
Thérapeutique		PIC
Pharmacologie.		FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	MM. LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR.	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	X...,	—
Déontologie et médecine professionnelle.....	X...,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	BRETIN	SAVY	BONNAMOUR
COMMANDEUR	LERICHE	FROMENT	SARVONAT
NEVEU-LEMAIRE	THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	FAVRE
LAROYENNE	TAVERNIER	PIERY	GRAVIER
VORON	CADE	COTTE	ROUBIER
NOGIER	GUILLEMARD	DUROUX	chargés de cours
LATARJET	GARIN		

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. ROQUE, Président; M. NICOLAS, Assesseur;
M. FAVRE, Prof. agrégé; M. ROUBIER, Prof. agrégé.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
LE CAPITAINE HENRI BOUCHARD
Chevalier de la Légion d'honneur

A MA MÈRE
HOMMAGE D'AFFECTION PROFONDE

MEIS ET AMICIS

A MES CAMARADES
LES MÉDECINS AUXILIAIRES ET SOUS-AIDES
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

(Promotion 1914)

TOMBÉS AU CHAMP D'HONNEUR

A mon Président de thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROQUE

Professeur de Clinique Médicale

Officier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR CORDIER

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a donné l'idée première
et les directives de ce travail.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE I

Introduction et aperçu historique

« Il n'est pas rare de rencontrer la syphilis et le diabète chez les mêmes sujets.

Comment en serait-il autrement puisque l'une et l'autre de ces maladies sont très fréquentes. Elles ne s'excluent pas et c'était facile à prévoir. Là n'est pas la difficulté; ce qu'il importerait de savoir, c'est si la syphilis dont la puissance pathogénique est si vaste et si profonde est capable à elle seule et sans l'intervention d'aucun autre facteur étiologique de produire le diabète. »

(Mauriac)

Dès la célèbre communication de Leudet en 1857, au sujet d'un diabète symptomatique d'une gomme syphilitique du plancher du quatrième ventricule, on était appelé à discuter l'étiologie syphilitique du diabète.

Au moment où, à la suite de l'expérience de Claude

Bernard, se poursuivaient les recherches tendant à établir l'étiologie nerveuse de tous les diabètes, on publia de nombreuses observations de diabètes causés par des lésions de syphilis cérébrale.

En 1861 Frerichs avec deux faits nouveaux conclut que de toutes les maladies générales, la syphilis qui frappait si fréquemment le système nerveux, était celle qui prédisposait le plus au diabète.

Puis au fur et à mesure que le diabète apparaissait comme un syndrome à étiologie complexe, qu'on était appelé à constater le rôle diabétogène des lésions de certains organes, en particulier du pancréas, un certain nombre d'observations vinrent établir, que la syphilis, maladie à lésions généralisées et multiples, était capable de provoquer d'autres espèces de diabète que le diabète nerveux.

Et Michailoff en 1891 relatait la première observation de diabète, s'accompagnant chez un syphilitique, d'une tumeur dans la région du pancréas.

La fréquence de la syphilis chez les diabétiques parut si grande à certains auteurs que von Schnée dans son traité « Du Diabète sucré 1894 » n'hésitait pas à déclarer que tous les diabètes étaient d'origine syphilitique.

Mais resserrons cet aperçu historique.

Les rapports de la syphilis et du diabète sont réunis et discutés dans trois thèses qui forment comme trois jalons dans la période qui s'étend de 1876 à 1905.

Servantie dans sa thèse faite sous l'inspiration de Lecorché (Des rapports du diabète et de la syphilis) (1876) après avoir examiné la question du diabète par lésions syphilitiques, cérébrales ou médullaires admet

l'existence d'un diabète primitif dont il ignore la pathogénie mais qui peut être guéri ou tout au moins amélioré par le traitement spécifique.

Arnaud (De l'influence du diabète sur la syphilis et de la syphilis sur le diabète) (1894) conclut qu'outre le diabète dû à des lésions syphilitiques dans le voisinage du quatrième ventricule il peut exister un diabète plus ou moins persistant créé par la syphilis elle-même : « Il n'est pas douteux que la Syphilis puisse créer par elle-même et directement un diabète plus ou moins persistant dû aux modifications hématologiques et élémentaires qu'elle détermine fréquemment. »

La thèse de Troller en 1905 inspirée par le Professeur Gaucher est un exposé très complet du diabète d'origine syphilitique.

Après avoir fixé les conditions qui permettent d'affirmer l'origine syphilitique du diabète Troller décrit une glycosurie et un diabète de la période secondaire. Enfin il examine sous trois rubriques les diabètes de la période tertiaire; diabète d'origine nerveuse, diabète d'origine pancréatique, diabète d'origine indéterminée ni pancréatique, ni nerveuse.

Depuis 1905 la question du diabète syphilitique semble subir un temps d'arrêt en raison des acquisitions nouvelles qui font mieux ressortir encore l'état précaire et lacunaire de nos connaissances sur le mécanisme et la pathogénie du diabète.

On ne peut citer que quelques articles et des opinions. Nous rapportons celle de Monsieur le Professeur Lépine « En réalité la syphilis ne joue qu'un rôle très effacé

dans l'étiologie du diabète. » (Traité du Diabète Edition 1909 page 399)

Certes si l'existence d'un diabète nerveux dû à une lésion bulbaire spécifique et améliorable par le traitement spécifique peut être hors de conteste, si l'intervention opératoire ou l'autopsie ont permis de constater l'existence de lésions syphilitiques diabétogènes du pancréas, il reste encore à élucider par quel mécanisme la syphilis provoque ces diabètes qu'on ne peut rapporter ni à une lésion bulbaire ni à une lésion hépatiquo-pancréatique.

En un mot pour le diabète syphilitique nous en sommes encore à rassembler des faits sans oser leur appliquer une classification trop rigoureuse.

Ce sont deux faits, deux observations de diabète syphilitique, communiquées par notre maître dans les hôpitaux, Monsieur le Docteur Cordier, qui ont été le point autour duquel sont venus se cristalliser les éléments de ce travail qui n'a d'autres prétentions que celle de n'être qu'une revue générale de la question : « Diabète et syphilis ».

CHAPITRE II

Fréquence relative du diabète et de la syphilis. -- Criterium du diabète d'origine syphilitique.

Lorsqu'on veut apprécier la fréquence relative du diabète et de la syphilis deux méthodes statistiques sont en présence.

A. — Rechercher combien de fois on note la syphilis dans les antécédents des diabétiques.

Schmidt sur 2500 cas de diabète, trouva 12 fois la syphilis dans les antécédents;

Frierichs sur 400 cas 7 fois;

Teschemacher sur 1231 cas 2 fois;

Jablotskof sur 79 cas 3 fois;

B. — Rechercher combien de fois on trouve le diabète chez les syphilitiques.

Sarra (Semaine médicale du 27 octobre 1909) recher-

che systématiquement le diabète chez 333 femmes et 191 hommes syphilitiques à toutes les périodes. Soit un total de 524 syphilitiques.

Il ne trouva que deux fois le diabète, une fois chez les hommes, une fois chez les femmes et dans les deux cas le diabète résista au traitement mercuriel.

Cantani en 1876 écrivait : « Nous avons observé tant de cas de syphilis non suivis de diabète que nous ne pouvons croire à une relation entre les deux maladies. »

Il est vrai qu'on peut rapprocher de cette opinion celle de Fournier :

« On rencontre le diabète trop souvent en relation avec la syphilis pour qu'il n'y ait pas de lui à elle un certain lien pathologique. »

Que conclure enfin de l'examen des deux statistiques précédentes à point de départ différent ?

Si on les rapproche des statistiques imposantes des antécédents syphilitiques dans la paralysie générale, le tabès ou l'aortite on est bien forcé d'admettre que le diabète doit rester bien loin en arrière dans l'échelle des maladies dont la syphilis est la cause efficiente ou la cause prédisposante profonde.

Mais il ne suffit pas de noter des antécédents syphilitiques chez un diabétique pour affirmer l'origine syphilitique d'un diabète.

L'examen critique des faits cliniques a conduit à fixer certaines conditions nécessaires pour affirmer que la syphilis est à l'origine d'un diabète.

Ces conditions sont au nombre de quatre.

1°. — Que le diabète soit survenu après le chancre infectant.

2°. — Que les accidents diabétiques évoluent en même temps que les accidents syphilitiques.

3°. — Que le traitement spécifique et en particulier le traitement ioduro-mercurique guérisse ou améliore les accidents diabétiques, comme il guérit ou améliore les accidents syphilitiques.

4°. — Que le régime antidiabétique soit impuissant.

1°. — *Que le diabète soit survenu après le chancre infectant.*

Il est à peine besoin de discuter cette condition, utile mais souvent difficile à vérifier. Il y a des chancres ignorés de leur porteur; il y a des accidents secondaires, des roséoles fugaces. Du fait que l'on ne relève pas dans les antécédents d'un diabétique, la syphilis, il ne doit pas s'en suivre que le diabète ne soit pas syphilitique; du fait que l'on relève la syphilis dans les antécédents d'un diabétique il ne doit pas s'en suivre forcément que le diabète ait été provoqué par la syphilis. Il est des cas où syphilis et diabète sont coexistants sur un même individu, sans qu'il y ait entre ces deux maladies relation de cause à effet.

2°. — *Que les accidents diabétiques évoluent en même temps que d'autres accidents syphilitiques.*

Dans une de nos observations, le diabète et l'exanthème syphilitique ont apparu en même temps.

Dans un second cas, le diabétique présentait une gomme du tibia.

Dans un troisième cas, la leucoplasie jugale, l'inégalité pupillaire, la diminution des réflexes pupillaires à l'accommodation et à la lumière, permettaient de dépister la syphilis chez un diabétique qui ne savait pas avoir été infecté, son chancre ayant passé inaperçu.

Mais du fait de coexistence sur un même individu des deux sortes d'accidents, on n'est pas en droit de les faire relever de la même cause.

La deuxième condition n'a, somme toute, qu'une valeur relative; elle peut faire penser à l'origine syphilitique du diabète observé; elle ne la prouve pas.

En l'absence d'anamnèses de syphilis et d'accidents syphilitiques actuels, peut-on demander à la réaction de Wassermann de confirmer ou d'infirmer par ses résultats l'existence de l'infection syphilitique chez un diabétique? Plus que jamais, il faut, dans ce cas particulier, s'adopter les résultats positifs ou négatifs de la réaction, qu'avec circonspection car la réaction de Wassermann, les travaux récents, en particulier les travaux de l'Ecole Lyonnaise, le prouvent, n'est spécifique ni dans son essence, ni dans ses résultats.

3°. — *Que le traitement spécifique guérisse le diabète.*

La disparition des accidents diabétiques sous l'effet du mercure et de l'iodure signe le brevet d'origine syphilitique de ce diabète. Car les faits cliniques prouvent qu'il n'y a que le diabète d'origine syphilitique qui soit amélioré par ce traitement.

Le traitement spécifique agirait soit en faisant recéder le processus syphilitique néoplasique et sclérosant, soit en neutralisant les effets de l'infection syphilitique qui avait provoqué le diabète par des troubles humoraux.

Une réserve s'impose cependant. Le traitement ioduro-mercurique a une action sur la lésion syphilitique en évolution, mais quand la lésion est cicatrisée, transformée en un tissu scléreux banal, le traitement spécifique

n'a plus aucune influence sur cette cicatrice qui peut constituer une épine irritative entretenant le diabète.

Que doit-on, en outre, penser touchant l'origine des diabètes qui apparaissent chez des syphilitiques et que des médicaments antisypilitiques, comme le néo-salvarsan ou l'énésol (salicylarsinate de mercure) améliorent ou guérissent.

On doit objecter que la molécule arsénicale que contiennent ces médicaments en fait, non pas seulement des médicaments agissant contre la syphilis, mais encore des médicaments de la nutrition en général, du foie glyco-génique en particulier. Qu'en conséquence, ils peuvent avoir une action antidiabétique en plus de leur action antisypilitique, et qu'à défaut de signes cliniques permettant de savoir quelle est la localisation syphilitique pancréatique ou nerveuse qui a été diabétogène, on ne peut pas demander à ces médicaments antisypilitiques mais non spécifiques au sens strict du mot, de faire la preuve thérapeutique de l'origine syphilitique d'un diabète.

4°. — *Que le traitement antidiabétique soit impuissant*

Les faits cliniques prouvent que dans un certain nombre de cas de diabètes d'origine syphilitique, le traitement antidiabétique n'amena aucune amélioration.

Dans d'autres cas, au contraire, quoique l'étiologie syphilitique du diabète soit indiscutable, le traitement antidiabétique eut un effet curateur indéniable et le diabète ne s'améliora définitivement que par l'adjonction au traitement spécifique du traitement antidiabétique. Ce fait s'explique.

Que ce soit une gomme ou la piqûre de l'expérimen-

tateur qui irritent le plancher du quatrième ventricule, et déclenche le diabète, nous connaissons la cause du déclenchement, nous jugeons de l'effet; mais le lien entre la cause et l'effet nous échappe.

Or le traitement mercuriel peut agir sur la cause en amenant la gomme à résolution, il peut être impuissant à agir sur l'effet.

Le traitement antidiabétique, véritable traitement symptomatique, peut au contraire agir pour neutraliser l'effet.

Les deux traitements se complètent sans avoir une valeur égale.

Le traitement antisypilitique conserve sa valeur de médicament spécifique avec action élective et directe sur la lésion originale.

Le traitement antidiabétique a une action sur les symptômes dont l'ensemble constitue le syndrome diabète, quelle que soit la cause première de ce dernier.

Cette 4^e condition n'est donc que d'une utilité relative.

En résumé, il ressort de ce court exposé critique du critérium du diabète syphilitique que, mise à part la troisième condition : « Que le traitement ioduro-mercuriel guérisse le diabète, » qui, lorsqu'elle est remplie permet d'affirmer l'origine syphilitique d'un diabète, les trois autres conditions ne sont que des conditions de second ordre utiles toujours, mais jamais suffisantes ou nécessaires pour pouvoir affirmer qu'un diabète est créé par la syphilis.

CHAPITRE III

Diabètes sucrés et Glycosuries syphilitiques

Formes cliniques

1° *Glycosurie et diabète de la période secondaire.*

Les auteurs qui ont traité avant nous de la question, ont signalé des cas de glycosurie et des cas de diabète ayant apparu dès la période secondaire ou même quelques jours après le chancre.

Trolier, s'appuyant sur les statistiques de Manchot qui, ayant examiné les urines de 359 syphilitiques trouva 17 fois la glycosurie, sur le travail de Tschistia-kof, déjà ancien (1894, Glycosurie de la période secondaire) signalé la glycosurie comme fréquente à la période secondaire.

Il s'agirait d'une glycosurie passagère, durant 2, 3, 6 jours, caractérisée par la quantité peu considérable de sucre, 0,02 0/0, 0,04 0/0, peu de polyurie, de polydipsie,

de polyphagie, se montrant parfois avant les phénomènes secondaires de la roséole pour disparaître quelques jours après.

Il ne paraît pas y avoir de travaux récents sur cette question de la glycosurie précoce dans la syphilis.

Pourtant, par suite de l'emploi de plus en plus répandu des médicaments antisypilitiques nouveaux, en injections intra-veineuses, les analyses, au moins élémentaires d'urines sont faites systématiquement.

Or, les auteurs récents signalent l'albuminurie de la période secondaire comme relativement fréquente; ils ne signalent pas la glycosurie.

En tous cas, on doit dire avec Bouchard que cette glycosurie ne mérite pas le nom de diabète. C'est tout de même avec raison que les auteurs qui l'ont signalée ont réservé leur opinion sur le pronostic lointain de ces glycosuries transitoires de la période secondaire. Les sypilitiques qui l'ont présentée ne sont-ils pas de futurs candidats au diabète ?

Un point d'interrogation est posé.

Le manque d'observations empêche d'y répondre.

Un degré de plus et qu'à la glycosurie viennent s'ajouter les autres symptômes, polydipsie, polyphagie, polyurie, perte de forces et amaigrissement et le syndrome diabète est constitué.

Ehrmann rapporte un cas de diabète grave avec forte acidose, chez un homme sans tare héréditaire ou nerveuse et ayant apparu en même temps que l'exanthème sypilitique.

Il s'agissait d'un véritable diabète avec polydipsie, polyurie, perte de force, amaigrissement. On commença par la cure

mercurielle puis on institua le traitement antidiabétique et au bout de huit jours la guérison était si complète qu'on pouvait donner 150 grammes de glucose sans provoquer l'apparition de sucre dans les urines.

L'apparition du diabète en même temps que l'exanthème, l'effet curateur rapide des injections mercurielles qui firent céder très rapidement un diabète aux symptômes graves que le traitement antidiabétique, semblait-il, aurait été à lui seul incapable d'amender en si peu de temps, forcent d'admettre que ce diabète était sous la dépendance de la syphilis et non le fait d'une coïncidence.

Danlos rapporte un cas de diabète survenu 4 mois après l'apparition du chancre. Le malade entra le 22 février à l'hôpital pour un chancre induré siégeant dans le sillon balano préputial s'accompagnant d'adénopathie inguinale bilatérale.

Il sortit le 14 mars ayant présenté de la roséole et des éléments d'acné sur la partie postérieure du tronc.

A cette époque l'urine n'était ni sucrée, ni albumineuse.

Durant son séjour à l'hôpital un traitement par pilules avait été institué.

Il rentrait le 19 avril, présentant sur tout le corps des éléments éruptifs secondaires : Syphilides papulo squameuses et papulo acnéiques — la bouche et la gorge sont couvertes de plaques muqueuses.

Rien dans les urines.

Le 30 avril injections de cyanure de mercure, dose 1 ctg pendant onze jours.

Le 14 mai il ressentait brusquement à l'extrémité du pied droit une crampe qui monte peu à peu jusqu'à la racine du membre et de là gagne le corps. Il se sent tomber et perd con-

naissance. On observa alors une raideur de tout le corps, les lèvres violacées, mais pas de mouvements convulsifs. L'attaque durait 10 minutes.

19 jours après la suppression des crises, le diabète apparut et prit d'emblée une intensité considérable. Le malade urina huit litres d'urine contenant 600 grammes de sucre.

Le traitement par frictions d'onguent mercuriel n'amena pas la disparition du diabète et le malade sortit de l'hôpital sans être guéri.

Malgré l'absence de la preuve thérapeutique la présomption tirée de l'intensité de la syphilis de l'activité de ses manifestations cutanées (leucoplasie très étendue) et nerveuses (épilepsie) rend presque certaine, pour M. Danlos la nature syphilitique de ce diabète.

En conclusion, à la période secondaire, la syphilis peut provoquer de la glycosurie, peut provoquer du diabète.

II. — DIABÈTES ET GLYCOSURIE DE LA PÉRIODE TERTIAIRE

La syphilis tertiaire va partout, tout le corps est son domaine. Il n'est pas un système organique, il n'est pas un coin et un recoin de l'économie dont elle ne puisse prendre possession, il n'est pas un tissu qui échappe à son atteinte. (Fournier).

Ainsi s'explique la fréquence et la diversité des diabètes syphilitiques à cette période.

1° *Diabète syphilitique tertiaire d'origine nerveuse.*

Mais le système que frappe avec prédilection et très rapidement la syphilis est le système nerveux.

Aussi le diabète d'origine nerveuse est-il de tous les diabètes que la syphilis tertiaire provoque le plus précoce dans son apparition.

Il apparaît ordinairement chez des sujets jeunes, de 20 à 30 ans, et relativement près de l'accident primitif, dans les cinq premières années.

Il apparaît dans les formes de syphilis maligne comme le montre l'apparition précoce des accidents tertiaires.

La polyurie et la polydipsie sont très accentuées, on a très rapidement de l'amaigrissement et de la diminution des fonctions psychiques. La quantité de sucre dans les urines n'est jamais très élevée.

Il y a presque toujours des accidents cérébraux (accès épileptiformes, compressions cérébrales, paralysie des nerfs crâniens, troubles de la vision).

Le traitement ioduro-mercurique arrive parfois à faire reculer les accidents nerveux et diabétiques, mais l'amélioration n'est souvent que temporaire et la lésion syphilitique nerveuse, un moment jugulée, peut se réveiller.

Des accidents cérébraux éclatent, on constate des vomissements du type cérébral; le diabète réapparaît, mais non sous la forme de diabète sucré; il s'agit presque toujours de cette polyurie énorme sans modification de la composition urinaire, avec polydipsie; en un mot au diabète sucré s'est substitué le diabète insipide, et le malade meurt très rapidement.

Le premier cas de diabète sucré syphilitique fut rapporté en 1857 par Leudet.

Il s'agissait d'une femme syphilitique âgée de 30 ans atteinte d'ostéite nasale et présentant une paralysie de la V^e et VI^e paire de nerfs craniens gauches. Le diabète sucré avait apparu en même temps que les accidents tertiaires.

A la suite du traitement ioduré, les accidents de paralysie et le diabète disparurent.

Quatre ans après le début des accidents cérébraux : vomissements, polydipsie, diabète insipide; mort.

A l'autopsie on trouva une méningite chronique de la base, de l'atrophie des nerfs de la VI^e et de la V^e paire à gauche. Le plexus choroïde adhérait intimement au bord gauche du calamus scriptorius et la substance cérébrale était légèrement ramollie en un point.

Le diabète sucré n'était donc que le symptôme de la lésion du plancher du quatrième ventricule.

2° Diabète syphilitique d'origine pancréatique.

Le diabète pancréatique d'origine syphilitique peut apparaître à l'âge moyen, 38 ans, 35 ans, mais il est surtout un diabète de l'âge mur ou de la vieillesse.

Dans les observations recueillies, nous relevons des âges de 47 ans, 53 ans, 60 ans, 70 ans.

Ce diabète survient longtemps après l'infection syphilitique 6 ans, 13 ans, 30 ans après le chancre qui, avec quelques accidents secondaires légers et banaux, a été bien souvent la seule manifestation syphilitique signalée.

Le début est soit insidieux, la fatigue profonde, des troubles digestifs, l'abondance de la diurèse, des troubles visuels attirant seulement l'attention du malade, soit brusque, affectant l'allure d'une affection gastro-intestinale aiguë et douloureuse.

La symptomatologie est variée.

Les malades accusent souvent des douleurs plus ou moins violentes au creux épigastrique ou au point de Desjardins. Ces douleurs s'irradient parfois vers le dos ou vers le bras droit, prenant l'allure des douleurs hépatiques.

Le palper permet souvent, de constater dans la région épigastrique, l'existence d'une tumeur profonde, adhérente au plan sous-jacent. C'est une tumeur pancréatique.

L'amaigrissement est précoce et marqué. Les troubles gastro-intestinaux sont fréquents et variés : Inappétence ou appétit vorace, digestions difficiles, polydipsie, vomissements, diarrhée fétide avec steatorrhée ou constipation opiniâtre avec météorisme.

L'ictère est fréquent et traduit l'atteinte syphilitique du foie qui est gros et déborde généralement les fausses côtes. C'est un ictère passager ou tenace apparaissant avant ou après la glycosurie ou plus fréquemment avec elle.

Les urines sont très abondantes. 3. 4. 10⁺L. par jour, très riches en glycoses. 80. 100. 250 grammes, dans un cas on a noté de la maltosurie. On constate quelquefois de l'urobilinurie en rapport avec de l'insuffisance hépatique.

L'évolution du diabète pancréatique d'origine syphilitique est souvent rapide et la mort le termine dans un grand nombre de cas.

Les symptômes diabétiques s'accroissent, la polyurie et la glycosurie sont énormes, le malade se cachectise et meurt dans le coma. Ou bien l'affaiblissement de jour en jour plus marqué du malade, favorise l'installation de la tuberculose qui évolue très rapidement et le tue.

Dans les cas les plus favorables, et surtout lorsque le traitement spécifique dans les cas qui nous occupent a pu être institué à temps, la survie peut être considérable et on a pu parfois obtenir des guérisons.

Somme toute, le tableau clinique du diabète pancréatique d'origine syphilitique ne diffère que peu ou pas de celui des diabètes pancréatiques d'origine indéterminée. Le diagnostic clinique différentiel doit se faire en tenant compte : des anamnèses de syphilis et de la présence d'accidents syphilitiques actuels; de la perception dans le fond du creux épigastrique d'une tumeur pancréatique probablement syphilitique; de l'échec du traitement antidiabétique, échec d'ailleurs bien fréquent dans tous les diabètes pancréatiques quelle que soit leur origine profonde.

On sera ainsi conduit à faire l'essai du traitement spécifique qui pourra faire la preuve de l'origine syphilitique du diabète en cause; en guérissant ou en améliorant les accidents diabétiques; en faisant disparaître ou en réduisant le volume de la tumeur pancréatique perçue.

Observations de diabète pancréatique syphilitique

I — OBSERVATION DE TERRIER 1906 *Résumée.*

Un homme de 38 ans, syphilitique, souffre de douleurs violentes dans le côté droit au point de Desjardins.

On constate alors une grande quantité de sucre dans les urines..

Quelques temps après, le malade a un ictère d'abord léger puis bientôt accentué. Par la palpation profonde on sent, à droite de l'ombilic, une induration mal délimitée. Opération — Mort.

Autopsie. — Le pancréas présente les caractères de la cirrhose atrophique.

II — OBSERVATION DE STEINHAUS (Société anatomo-pathologique belge. 8 mars 1907) R.

Le malade âgé de 47 ans n'a présenté dans ses antécédents aucune trace de syphilis. L'affection a débuté par une fatigue généralisée ainsi que des douleurs au creux épigastrique et dans le dos.

Les urines sont très abondantes : 3 l. 4 l. par jour. Elles renferment 80 à 100 grammes de sucre mais pas d'albumine. Vomissements et *melœna*.

Mort.

Autopsie. — Estomac dilaté atteint de gastrite chronique Il présente en outre un ulcère étendu, à la grande courbure, cicatrisé.

Dans le duodenum au niveau de l'ampoule se trouve une sorte de cratère de 8 cm. de diamètre dont le fond est constitué par une gomme pancréatique. Histologiquement cette ulcération contient des débris sphaciles et ses parois nécrosées sont creusées en plein pancréas. Celui-ci est le siège d'une sclérose diffuse; il est parcouru par de larges bandes de tissu fibreux et présente en outre des lésions importantes d'endarterite oblitérante. Au niveau du foie on rencontre des lésions syphilitiques gommeuses.

III — OBSERVATION DE *ROSENHEIM* (Berliner Klin wochenschrift. 1898)

Il s'agit d'un homme de 75 ans, syphilitique depuis une trentaine d'années.

Il n'a jamais eu d'accidents secondaires. En ce moment il se plaint de douleurs dans le creux épigastrique et de troubles digestifs.

Dans le creux épigastrique tumeur dure, inégale, sans limite nette. *Ictère très accentué. Urines très abondantes. Maltoxiurie.* Stéatorhée, amaigrissement considérable. Le malade est soumis à un traitement médical intensif. La tumeur abdominale disparaît progressivement mais très lentement.

IV — OBSERVATION DE KOVÁCS de Vienne. — (Practitioner, 1908, n° 5)

Une femme âgée de 53 ans présente comme antécédents de la syphilis et de l'alcoolisme.

Depuis quelques années elle est dyspeptique. Six mois avant son admission à l'hôpital elle a eu de la jaunisse qui persiste avec des intervalles de rémission et d'aggravation. La malade a beaucoup maigri; elle a perdu 10 kilos en huit mois.

Elle présente actuellement, un ictère léger et variable; son foie est augmenté de volume. Il existe de la douleur dans le creux épigastrique mais on ne sent pas de tumeur.

Diabète : La quantité de sucre varie entre 1/100 et 5/100. Steatorrhée. Les selles contiennent beaucoup de fibres musculaires non digérées. La malade est soumise à un traitement mercuriel régulier. L'ictère cède mais il survient de la fièvre, de la péricardite et de la pleurésie. — *Mort*.

V. — OBSERVATION DE SINGER. — (Wiener med. Wochenschrift, 1911, n° 32)

E. F. âgé de 63 ans. entre à l'hôpital le 12 mars 1906
En 1873 catarrhe de l'estomac.

Plusieurs cures à Carlsbad. — Toujours bien portant. Jadis alcoolique. — Depuis 15 jours, mitecrisme, constipation, colique. — Artériosclérose légère — Rien au cœur. — Le lobe droit du foie descend à deux travers de doigt au dessous du rebord costal. — Pas de sensibilité. — Selles de couleur normale. — Urobilinurie. — Glycosurie.

Traitement médical sans effet.

Maigrissement considérable. Le malade avoue une syphilis ancienne. — Traitement à l'énésol.

Guérison.

VI — OBSERVATION *JEVINICI*. — (Revista scuntelor medical Bucarest 1909. n° 1, p. 154)

Un homme de 36 ans entre à l'hôpital le 4 août.

Il déclare n'avoir jamais été malade avant 5 semaines. Depuis apparaissent de fortes douleurs dans la région gastrique, des douleurs intestinales : les selles sont extrêmement férides, pleines de graisse.

Amaigrissement, soif intense, polyphagie; il a eu la syphilis six ans auparavant (chancre, éruption secondaire) — Amaigrissement énorme, pas de lésions tuberculeuses. — Dans la région sous-claviculaire droite cicatrice d'une gomme ulcérée; à la base du thorax, au niveau de la dixième côte une exostose appréciable; plus haut, à droite de la ligne médiane, syphilides érosives.

Urines acides. D égale 1042 - 7 litres par jour. Sucre : 123 gr.

Traitement mercuriel.

Le malade éliminait dans la première journée 875 gr. de sucre : il voit retrocéder son diabète.

L'état général s'améliore et au bout de deux mois il sort de l'hôpital en bonne voie.

VII. — OBSERVATION DE *WOLF*. — Wiener Klin Wochenschrift. 1911 n° 32.

Un homme de 34 ans entre à la clinique le 20 septembre 1910 se plaignant de douleurs dans le creux épigastrique. Le malade a toujours été bien portant. Il contracta la syphilis à l'âge de 21 ans et se soigna pendant quelque temps. Il n'eut plus d'accidents.

Depuis deux mois, il a des troubles digestifs, nausées, vomissements, il maigrit beaucoup et perd ses forces.

A l'examen du malade on constate l'existence d'une tumeur au niveau du creux épigastrique, dure, non mobile, inégale, sans limites nettes et sensible à la pression.

Opération : Laparotomie exploratrice.

L'estomac et les voies biliaires sont saines. La tête du pancréas, présente une tumeur polykystique. Extirpation de la tumeur. Toute la glande est indurée. Peu de temps après l'opération le malade devient diabétique, malgré le traitement mercuriel, mais la quantité de sucre diminue à la suite et le malade quitta la clinique en très bon état.

VIII. — OBSERVATION DE NATHAN (Clinique, 15 nov. 1912, n° 46. Un cas de diabète pancréatique d'origine syphilitique.)

Vieux syphilitique de 60 ans (chancre sous-préputial à 20 ans, puis accidents secondaires légers), jamais traité.

Il présente au coude gauche des gommes syphilitiques agglomérées, les unes cicatrisées, les autres en pleine activité. Le malade est marié, il a deux fils parfaitement robustes; sa femme n'a jamais fait de fausses couches.

Le début du diabète est difficile à déterminer; depuis plusieurs années la vue aurait baissé.

Peu à peu le sujet est devenu somnolent, irritable, le travail lui est difficile, la marche fatigante.

La polyurie, la polydipsie se seraient installées plus tardivement.

Rien au niveau des autres viscères; accommodation normale; pas d'Argyll.

Examen des urines à l'entrée :

Quantité : 4 litres par 24 heures.

Glycosurie totale : 255 gr. 40, soit 65 gr. 80 par litre.

Traces indosables d'albumine.

Régime antidiabétique avec addition d'antipyrine bicarbonatée, 3 gr. pro die.

La polyurie tombe à 2 litres.

La glycosurie tombe à 40 gr. par 24 heures.

Mais les troubles fonctionnels restent les mêmes, les somnolences, l'amblyopie, la fatigue ne se sont pas modifiées.

L'examen des matières fécales, après repas d'épreuve, révèle histologiquement et chimiquement de l'hyposteatolyse.

Essai de l'opothérapie pancréatique, le régime alimentaire restant le même, l'antipyrine bicarbonatée étant supprimée.

La polyurie remonte à 3 litres, la glycosurie à 37 gr. 10 par litre, soit 111 gr. 30 par jour.

Le 13 novembre, début du traitement mercuriel.

Piqûres quotidiennes de 1 c. c. ou 2 c. c. de cyanovaine.

Dès la quatrième piqûre, il peut lire sans lunettes.

Disparition de la fatigue à la marche.

La polyurie diminue.

21 nov. : 2 litres d'urine, 58 gr. de sucre par jour.

28 nov. : 2 litres 250, 76 gr. 50 de sucre par jour.

En décembre, nouvelle série de 10 piqûres qui maintiennent les résultats obtenus par la première série.

Le 13 décembre :

Urines : 2 litres 600; glycosurie : 32 gr. 10 par 24 heures.

Le malade est perdu de vue jusqu'en avril 1912; il a fait des infractions de régime et sent à nouveau un certain degré de fatigue. Il réclame la reprise du traitement mercuriel.

La glycosurie était remontée à 148 gr. 50 par jour, la diurèse à 3 litres.

IX. — OBSERVATION DE LAUNOIS. — *Journal de Médecine*, 1907. Un cas de diabète pancréatique syphilitique.

Homme de 50 ans, limonadier, qui entre le 28 octobre 1908 à Lariboisière.

A l'âge de 20 ans, blennorrhagie assez tenace avec adénite inguinale qu'il a fallu inciser.

En 1895, syphilis (roséole, adénopathie, alopécie, plaques muqueuses) (soignée par Balzer, pilules de protoiodure, injections d'huile grise).

En 1906, le malade s'aperçoit que ses forces diminuent, que son embonpoint disparaît, que sa vue faiblit.

Tourmenté par une soif assez vive et un fréquent besoin d'uriner, il s'adresse à un médecin qui lui conseille de faire examiner ses urines.

En juin 1907 :

Urines : 5 à 6 litres; glycose : 250 gr.

Ici une lacune dans l'observation.

Launois voit ce malade en juin 1908 dans un état de cachexie telle et une telle accentuation des symptômes fonctionnels et diabétiques que le pronostic porté est des plus sombres.

On conseille à cette époque : un régime alimentaire approprié, une cure à la Bourboule et des injections de biiodure.

En retrouvant le malade au mois d'octobre, le malade avait engraisé, la polyphagie était moins marquée qu'autrefois.

Mais l'état reste toujours sérieux : la digestion est moins facile et s'accompagne de pyrosis; la constipation habituelle.

Le taux quotidien de l'urine oscille entre 6 et 7 litres (98 gr. de sucre par litre).

Le malade élimine donc plus d'une livre de glycose par 24 heures.

La peau est sèche; il existe au niveau des flancs une légère dilatation du réseau veineux sous-cutané.

Léger abaissement du foie, dont les dimensions ne semblent pas augmentées; la rate est perceptible au niveau de la région axillaire dans une étendue de quatre travers de doigt.

Palpation profonde au niveau de la région pancréatique négative et indolore.

Légère rudesse inspiratoire au sommet gauche.

Les membres inférieurs se fatiguent vite.

Les réflexes patellaires sont conservés; les réflexes achilléens sont abolis des deux côtés.

Tous les centres réflexes sont normaux.

Pas de Romberg.

Aucune inégalité pupillaire, réaction à la lumière et à la convergence normales, ni opacités cristalliniennes, ni hémorragie, ni rétrécissement du champ visuel, ni signes de névrite.

Seule la vision est défectueuse, l'acuité visuelle a considérablement diminué et la lecture, même à l'aide de lunettes, est devenue presque impossible.

Douleurs névralgiques dans la région lombo-abdominale.

Le malade souffre en outre dans les régions sus-orbitaire et sous-malaire, sans que cependant la pression au niveau des émergences nerveuses ou des sinus soit douloureuse.

X. — OBSERVATION DE *HARDOY*. — Revista de la Asociación medica Argentina. P. M. 20 juin 1918, page 316.

Homme de 21 ans qui vient consulter pour des signes de diabète grave.

Il ne signale pas de spécificité.

En plus de la polydipsie, de la polyphagie et d'une polyurie de 10 litres par 24 heures, ce jeune homme présentait une asthénie aiguë et une perte de poids considérable (20 kilos en soixante jours).

L'examen des urines montra par 24 heures une élimination de :

572 gr. de glucose;

112 gr. d'urée;

10 gr. d'acide phosphorique;

44 gr. de chlorures.

Il n'y avait ni albumine, ni pigment, ni sels biliaires.

Le malade est immédiatement soumis à une diète carnée rigoureuse, avec exclusion absolue des hydrates de carbone et on lui fit des injections hypodermiques de 1 centigramme de pilocarpine tous les deux ou trois jours.

Au bout de quelques jours, la quantité d'urines s'était abaissée à 2 lit. 500 et le glucose à 30 gr.

Mais ultérieurement, malgré la continuation rigoureuse du régime sévère, on ne constata aucune nouvelle amélioration.

Le malade fut alors soumis au traitement spécifique et on lui fit une injection de 8 centigr. de calomel tous les cinq ou six jours.

Après trois injections, le glycose disparut, demeura à l'état de traces minimales.

On continua les injections et, le mois suivant, le sucre avait complètement disparu, la quantité d'urines était de 1.700 gr. par 24 heures.

L'état général s'était très amélioré et le malade avait gagné 10 kilos.

Discussion des observations

L'impression d'ensemble qui se dégage de suite, de la lecture de ces observations, est l'âge relativement élevé des malades et l'apparition du diabète longtemps après la syphilis. Nous l'avons déjà noté.

Le diabète pancréatique syphilitique apparaît donc comme une échéance à long terme du tribut dû à la syphilis.

Mais discutons observation par observation, de façon à savoir quelle est la part qui revient à la syphilis dans la création de ces diabètes pancréatiques.

Dans l'observation I, de Terrier, le tableau de la pancréatite syphilitique est complet.

Douleurs violentes, au point de Desjardins, en rapport avec une tumeur profonde. Glycosurie énorme.

L'autopsie permet de constater que la syphilis a provoqué la cirrhose atrophique de la glande qui se trouve touchée à la fois dans tous ses éléments exocrines et endocrines, avec prolifération du tissu conjonctif.

L'observation II, de Steinhaus, est intéressante à plusieurs points de vue.

Le chancre passa inaperçu, ce qui vient encore à l'appui de ce que nous avançons plus haut au sujet de la bénignité relative des premiers accidents syphilitiques chez ces malades.

Le début brusque, la fatigue profonde, les douleurs épigastriques, la grande quantité d'urines, 3 litres, 4 litres, l'abondance de la glycosurie, tout plaide en faveur d'un diabète pancréatique dont l'autopsie vint confirmer l'origine syphilitique en montrant non seulement des lésions syphilitiques en pleine activité, gomme ulcérée, endartérite oblitérante, mais encore le reliquat de lésions anciennes (larges bandes scléreuses).

L'atteinte du foie par la syphilis est intéressante à noter.

Observation III, de Rosenheim.

L'âge du malade, 70 ans, est à noter, ainsi que la longue période de repos, consécutive à l'apparition du chancre qui ne fut suivi d'aucun accident constaté.

La tumeur épigastrique, les urines très abondantes, la maltosurie, la stéatorrhée, l'amaigrissement, prouvent que le pancréas est touché.

L'épreuve thérapeutique par le traitement mercuriel manque.

Observation IV de Kovaeks.

On note la syphilis et l'alcoolisme dans les antécédents.

Nous avons ici réuni tous les signes d'un diabète par lésion pancréatique; mais les résultats du traitement mercuriel sur le diabète n'ont pu être appréciés, puisque le malade meurt rapidement avec de la fièvre, de la péricardite, de la pleurésie.

Observation V de Singer.

Il s'agit encore d'un malade âgé, 63 ans, ayant une syphilis ancienne.

La maladie s'installe brusquement, avec du météorisme, de la constipation, des coliques. Amaigrissement marqué. On note de la glycosurie et de l'urobilinurie. L'urobilinurie, symptôme d'insuffisance hépatique, est à remarquer.

La guérison par l'énésol, salicylarsinate de mercure, médicament hépatique et spécifique, permet l'hypothèse d'une atteinte syphilitique du « système couplé » : foie et pancréas.

Observation VI de Jevinici.

Ce cas remplit, dans une certaine mesure, toutes les conditions requises pour admettre l'origine syphilitique d'un diabète.

Le malade a eu un chancre il y a six ans.

Au moment où, avec de l'amaigrissement et un cortège de symptômes gastro-intestinaux imposants (douleur gastrique, douleurs intestinales, selles fétides pleines de graisse) le diabète (urines acides, D. : 1.042, 7 litres par jour; sucre 123 gr. (total) s'installait, on notait l'apparition de syphilides érosives.

Le diabète apparaissait donc en même temps que d'autres accidents syphilitiques.

L'amélioration sous l'influence du traitement mercuriel du

diabète, vint affirmer la part prépondérante de la syphilis dans sa pathogénie.

Il est regrettable que cette observation ne soit pas plus complète; qu'elle ne donne pas de renseignements plus précis sur l'évolution de la polyurie et de la glycosurie à la suite du traitement spécifique.

Observation VII de Wolf.

Notons l'apparition de la maladie 13 ans après le chancre.

Les troubles gastro-intestinaux ont d'abord dominé la scène, puis la constatation d'une tumeur au niveau du creux épigastrique nécessita l'intervention.

Il est bien difficile d'admettre comme étant une lésion syphilitique, la tumeur polykystique de la tête du pancréas que l'on rencontra à l'opération.

L'induration totale de la glande est intéressante à noter, car il est probable qu'après l'extirpation de la tête, extirpation qui n'est pas ordinairement diabétogène, ce fut l'insuffisance de la portion glandulaire du reste du pancréas sclérosé qui provoqua le diabète, apparu après l'intervention et malgré le traitement mercuriel.

L'observation trop incomplète ne dit pas si le traitement mercuriel fut continué et si ce fut sous son influence que le sucre diminua.

Observation VIII de Nathan.

Cette observation est particulièrement intéressante par le problème thérapeutique, qu'elle pose.

Il s'agissait d'un homme de 60 ans, ancien syphilitique, qui portait au coude gauche une gomme en pleine évolution.

La polyurie, la glycosurie abondante, l'amaigrissement, la stéatorrhée, permettent d'admettre un diabète par insuffisance pancréatique.

Mais outre les symptômes urinaires du diabète, il y avait à noter des troubles fonctionnels marqués : affaiblissement de la vue, somnolence, fatigue.

Or, tandis que la polyurie et la glycosurie, diminuaient sous l'influence du traitement antidiabétique, seul le traitement hydrargirique faisait disparaître les troubles fonctionnels.

Notons, en terminant, l'échec de l'opothérapie pancréatique.

Observation IX de Launois.

Cette observation, quoique détaillée, est à notre avis, trop confuse pour faire pièce au débat.

Le malade est bien un ancien syphilitique, et présente de l'abolition des réflexes achilléens, mais pas de Romberg, pas d'inégalité pupillaire, pas d'Argyll, pas de signes de névrite optique.

Il n'y a donc pas de manifestations syphilitiques nettes actuelles, et si les symptômes sont nettement en faveur d'un diabète d'origine pancréatique, rien ne permet d'affirmer l'origine syphilitique de ce diabète.

Si les injections mercurielles (aidées par le régime et une cure à la Bourboule) ont pu apporter quelque amélioration, l'état du malade est resté sérieux.

Observation X de Hardoy.

Fait intéressant, il s'agit d'un jeune homme de 21 ans, sans antécédents spécifiques personnels.

L'asthénie, l'amaigrissement marqué, la polyurie et la glycosurie abondante, permettent d'admettre l'hypothèse d'une origine pancréatique de ce diabète.

Quoique le traitement à la pilocarpine ait fait tomber la quantité d'urines de 10 litres à 2 litres par jour et la quantité de glycose de 572 grammes à 30 grammes, on ne peut,

malgré la continuation du régime et du traitement, obtenir une nouvelle amélioration.

Par contre, les injections de calomel ont amené rapidement la disparition du glucose et une réduction à la normale du volume des urines.

Il est indubitable que la syphilis ou l'hérédo-syphilis jouait un rôle dans la pathogénie profonde de ce diabète.

3° Diabètes syphilitiques de la période tertiaire qui ne sont ni d'origine nerveuse, ni d'origine pancréatique

Il s'agit d'un diabète avec glycosurie (30. 60 grammes glucose par jour) polyphagie, polydipsie, polyurie (2 à 3 litres par jour) survenant chez des sujets d'âge moyen de 35 à 50 ans; longtemps après l'infection syphilitique: 10 à 20 ans. L'insidiosité du début : quelques maux de tête, quelques troubles gastro-intestinaux, de la fatigue cérébrale ou corporelle; la lenteur de l'évolution sans symptômes très graves: un peu d'hypertrophie du foie, un peu de stase ou de congestion pulmonaire, en tous cas sans troubles cérébraux et sans syndrome pancréatique; l'amélioration considérable, la guérison même grâce au traitement spécifique font classer dans un groupe spécial ce diabète. C'est dans le groupe des diabètes syphilitiques de la période tertiaire qui ne sont ni d'origine nerveuse, ni d'origine pancréatique.

Observations inédites dues à l'obligeance de M. Cordier.

OBSERVATION I.

R..., hospitalisé le 17 juillet 1910 dans le service du docteur

Courmont; ce malade entre pour une plaie de la jambe et sachant qu'il a du sucre.

Antécédents héréditaires : son père est mort à 73 ans et sa mère à 51 d'un cancer de l'utérus.

Il accuse la rougeole, la coqueluche, pas de bacilliose, pas de rhumatisme.

Après un interrogatoire serré, nous parvenons à savoir qu'il a eu la syphilis à 19 ans; c'était « un chancre volant »; il a pris de l'iodure, quelques pilules, a eu des plaques dans la bouche; en somme, c'est une vérole qu'il n'a jamais soignée.

Il sait qu'il a du sucre depuis 4 ans.

Il a eu depuis cette époque, de la polydypsie, polyphagie, gingivite, balanite; amaigrissement de 5 kilos.

A l'entrée, homme robuste, obèse, coloré, affable; 1 m. 60; 80 kilos. Rien aux poumons : pas de trace de tuberculose, pas de bronchite, emphysème modéré et sans dyspnée.

Au cœur, bruits réguliers, pas de souffle, aorte non perçue, langor net du 2^e bruit, pas d'insuffisance aortique, jamais d'angor, pouls régulier à 85, tension 17./8.5.

A l'examen du tube digestif : langue rotie et dépolie, gingivite diabétique ancienne, destruction de presque toutes les dents.

Foie non perçu, rate n'est pas grosse, pas d'ascite, pas de circulation complémentaire, pas d'hémorroïdes, ni d'ictère; il supporte tous les aliments, les selles sont régulières.

A l'examen du système nerveux :

Myosis avec réactions légères, pupilles égales, pas d'Argyll-Robertson, reflexes normaux, ni Romberg, ni incoordination; asthénie sans localisation, pas de paralysie ni d'atrophie, intelligence parfaite.

Urines : 2115 en moyenne; sucre abondant, 73 gr. par litre en 24 heures; pas d'albumine.

Gomme très nette du tibia à sa partie moyenne, un peu plus grande qu'une pièce de 2 francs.

Bon état général.

Traitement local de la gomme à la liqueur de Labarraque et calomel; on n'ose pas donner de mercure à cause de l'état des reins, car on trouve de l'albumine à d'autres examens.

On donne de l'antipyrine : on obtient une baisse notable du sucre, mais il remonte ensuite rapidement.

On essaie le glycoléane qui ne donne aucune amélioration, au contraire; on a des vomissements et des selles fétides; l'albumine augmente, l'intolérance est très nette.

On se décide à essayer le traitement mercure, iodeure de potassium; on ne fait pas de piqûres à cause du diabète et dans la crainte d'abcès possible : 4 pilules bleues et 3 gr. d'iodeure en lavement.

On a une grosse poussée de gingivite; pourtant l'élimination du mercure se fait bien (examen au nitrate d'argent ammoniacal de Merget).

On note une diminution nette de l'albumine : 0 gr. 50 au lieu de 1 gr. 20 au deuxième examen.

La gomme est résolue le 11^e jour.

On a une amélioration, puis une guérison complète de la glycosurie.

Le malade quitte le service le 14 octobre, sa gomme a disparu, il n'a plus ni sucre ni albumine.

En 1911, retour du malade à l'hôpital pour une nouvelle gomme.

Il ne peut suivre aucun traitement mercuriel en raison d'une gingivite.

Le sucre réapparaît à 15 gr. par litre, la polyurie reste diminuée.

Asthénie sans complications cardiaques, pulmonaires, nerveuses.

Pas de traitement mercuriel dans l'intervalle. Iodure irrégulièrement.

Traitement mercuriel per os, puis après 10 jours et 5 jours de repos, injections intra-musculaires de biiodure de mercure à 0,02 par injections trois fois par semaine.

Un examen d'urine le 24^e jour, après le début des injections, permet de constater l'absence de sucre.

Le malade, revu un mois, puis quatre mois après, ne présentait plus aucun signe de diabète.

L'épreuve de la glycosurie alimentaire restait négative.

OBSERVATION II.

Adjudant P..., 47 ans : évacué du front pour glycosurie et emphysème pulmonaire.

Marié, il a deux enfants bien portants.

Le malade avoue un éthylysme assez marqué, pas de paludisme, pas d'accès de goutte.

Il accuse, vers sa 20^e année, une blennorrhagie bien guérie.

Le 8 février 1917, au bois d'H..., il est sérieusement fatigué; asthénie profonde, troubles de la vision, pas d'amaigrissement. Il continua son service, mais une analyse complète des urines dénote 40 gr. de sucre par jour.

Evacué sur Vesoul. Il y reste jusqu'au 20 février, avec 22 gr. sucre (litre).

A l'entrée dans le service, 21 février, homme de forte corpulence, obèse, pas amaigri, dyspnéique au moindre effort.

Langue rouge et rugueuse; leucoplasie à la face interne des deux joues et à la partie postérieure du bord de la langue.

Dents déchaussées, gencives douloureuses.

Rien d'anormal à la palpation.

Foie non hypertrophié, pas douloureux; râle non perçue; pas de douleur au creux épigastrique.

Polydypsie peu intense (2 litres 1/2 par jour de boisson), la polyphagie existe, mais n'est pas très accentuée; le malade a maigri de 9 kilos à 10 kilos.

Examen des urines :

Polyurie : 3 litres par jour.

Sucre : 28 gr. par litre.

Pas d'albumine.

A l'examen pulmonaire : gros emphysémateux, quelques râles de congestion aux deux bases.

Gros cœur, pas de bruits anormaux, ni souffle ni bruit de galop.

Tension forte 20/10 (Riva-Rocci).

Examen du système nerveux :

Inégalité pupillaire, marquée à gauche; diminution très nette des réflexes pupillaires à l'accommodation et à la lumière, les réflexes rotuliens persistent, le signe de Romberg est négatif; pas d'autres signes de tabès.

Le malade accuse : asthénie profonde, vertiges fréquents, troubles de la vision, brouillards devant les yeux, des scotomes.

Radioscopie : gros cœur, grosse aorte, sommet droit légèrement obscur.

A cause des signes non douteux de syphilis, on interroge le malade avec plus de précision : on peut trouver la date exacte de la contamination; il a bien eu une blennorrhagie dans le cours de la 20^e année; période de céphalée nocturne vers 22 ans : c'est peut-être là le début de son infection syphilitique.

Il ne s'est d'ailleurs marié que huit ans après et ni sa femme,

ni ses enfants n'ont eu d'accidents syphilitiques ou hérédo-syphilitiques.

Wassermann positif (+).

Traitement mercuriel :

Pas d'injections arsenobenzolées en raison du mauvais état circulatoire du malade et son hypertension.

A partir du 5 mars 1917, injections de biiodure de mercure à 0,01, puis 0,02, puis 0,05, quotidiennes pendant un mois avec une période d'interruption de 8 jours entre deux séries de piqûres.

L'amélioration de l'état général est manifeste : les vertiges, la dyspnée d'effort ont disparu.

La polyurie est aussi plus faible, mais surtout après un mois de traitement, le sucre est tombé de 84 gr. en 24 heures à 25.

Un fait remarquable est à noter : c'est que le malade n'a été soumis à aucune autre médication que la médication spécifique, il n'a même pas été soumis à un régime antidiabétique.

A dater du 25 mars, le malade ne continuera son traitement que par la bouche et prit alors 2 gr. à 3 gr. d'I K et 4 à 6 pilules bleues.

On vit alors disparaître tous les symptômes de diabète : la glycosurie, la polyurie, la polyphagie. En même temps on notait la disparition de la leucoplasie.

Dix mois après la glycosurie n'a pas récidivé : le malade a continué son traitement spécifique.

L'épreuve de la glycosurie alimentaire restait négative.

III. *Discussion des observations* (1). — Chez les deux ma-

(1) Le grand intérêt de la discussion des deux observations qui nous fut communiquée en même temps que ces dernières par M. Cordier, nous a engagé à la reproduire *in extenso*.

lades que nous avons observés nous avons bien eu affaire à la syphilis et au diabète.

Dans la première observation l'infection syphilitique ne laisse aucun doute : elle est avouée par le malade, il a été soigné au début pour cette maladie; l'aspect des lésions tertiaires est caractéristique et les résultats rapides du traitement mercuriel nous enlèveraient les derniers doutes que nous pourrions avoir! Nous avons la date précise du début de l'infection syphilitique : c'est la 19^e année.

Dans le deuxième cas l'infection syphilitique est restée ignorée, comme il arrive fréquemment; il est fort probable que l'infection gonococcique a fourni une porte d'entrée intra-urétrale au tréponème. Le début de la syphilis paraît bien coïncider avec cette blennorrhagie et cette période de céphalée nocturne, ceci est fort compatible avec la non contamination de sa femme et la bonne santé de ses deux enfants, puisqu'il ne s'est marié que huit ans après. Pendant son séjour dans le service la syphilis ne fait aucun doute, les signes en sont les suivants :

1) la leucoplasie au niveau de la face interne des joues et du bord de la langue;

2) l'inégalité pupillaire en faveur de la gauche avec lenteur remarquable des réactions pupillaires aux deux modes, sans toutefois d'autres signes de tabes;

3) une grosse aorte à dôme surélevé sans signe clinique d'ectasie en évolution et sans signe d'ectasie à la radioscopie;

4) la réaction de Wassermann est positive soit avant le traitement soit dans les premiers jours qui le suivirent.

Dans les deux cas nous avons d'autre part affaire à du diabète sucré; il ne s'est pas agi d'une glycosurie passagère et à faible dose puisque dans l'un des cas c'est 70 grammes et dans

l'autre 84 grammes par jour de sucre qui étaient éliminés; dans les deux cas nous avons nettement observé les signes du diabète sucré : glycosurie, polyurie, polydypsie, polyphagie. Dans les deux cas nous avons vu les petits accidents du diabète : l'asthénie caractéristique, les troubles visuels, la gingivite.

L'évolution simultanée de ces deux maladies ne fait donc aucun doute. Mais nous devons faire les remarques suivantes :

1) La date du début d'apparition de l'infection syphilitique est dans les deux cas très antérieure au moment où ont débuté les premiers signes du diabète : dans la première observation : 20 ans; dans la deuxième : 25 ans. Ce diabète se développe chez des individus peu ou pas prédisposés par des accidents qui lui soient favorables.

2) C'était une syphilis à accidents profonds; dans les deux cas elle ne fut pas traitée ou elle fut traitée très légèrement; les lésions étaient graves comme l'indiquaient les signes pupillaires ou aortiques et les localisations osseuses.

3) Fait remarquable, l'apparition du diabète coïncida dans les deux cas avec celle d'accidents syphilitiques; ou tout au moins quand on put constater la présence du sucre on s'aperçut que la glycosurie augmentait en même temps que les accidents syphilitiques devenaient plus graves. Dans le premier cas si nous n'avons pas constaté l'apparition de la glycosurie nous vîmes que la quantité de sucre augmentait tandis que la gomme se développait. Dans la deuxième observation la glycosurie paraît bien s'être développée en même temps que la leucoplasie.

4) Nous sommes frappés aussi par la disparition du diabète : dans le premier cas elle fut totale en 1910.

5) Ce qui fut caractéristique également ce fut l'amélioration parallèle et même la disparition simultanée des accidents

syphilitiques et diabétiques. Dans le premier cas nous voyons en 1910 la disparition complète et simultanée de la gomme et des symptômes diabétiques et dans l'autre la leucoplasie disparaît avec le sucre dans les urines. Cette simultanéité est remarquable : chaque poussée syphilitique coïncide avec une aggravation des symptômes diabétiques.

6) Remarquons encore que dans la première observation le traitement purement diabétique ne produisit qu'une amélioration qui d'ailleurs ne persista pas; même le traitement au glycoléane fut mal supporté, seul le traitement spécifique apporta une amélioration complète, on peut dire une guérison des symptômes diabétiques. Dans la deuxième observation le malade n'ayant été soumis à aucun traitement antidiabétique, c'est au traitement spécifique seul que l'on dut la guérison de la glycosurie.

En résumé nous remarquons :

1) que l'apparition du diabète fut postérieure à l'infection syphilitique;

2) que dans les deux cas il s'agissait d'une syphilis à accidents profonds;

3) que les accidents syphilitiques et diabétiques évoluèrent parallèlement : augmentant ou diminuant d'intensité simultanément;

4) que la guérison du diabète dans les deux cas fut donnée par le seul traitement spécifique.

Nos deux observations rentrent donc dans le cadre du diabète syphilitique sans symptômes cérébraux ou pancréatiques. Elles en ont d'ailleurs tous les caractères donnés par les auteurs : l'âge des sujets, l'infection très ancienne : 10, 20 ans auparavant; la lenteur de l'évolution dès le début, la quantité des urines et du sucre, enfin l'amélioration considérable, la guérison même, grâce au traitement spécifique.

4° Glycosurie de la période tertiaire

De même que chez certains syphilitiques les manifestations de la syphilis peuvent ne se réduire, pendant toute leur vie, qu'à quelques plaques muqueuses peu gênantes, de même chez certains autres, l'atteinte par la syphilis d'un des organes glycoso-régulateurs peut n'aboutir qu'à une glycosurie transitoire sans autre signe de diabète, vite améliorée par le traitement mercuriel.

Telle est l'histoire de la malade dont nous rapportons l'observation et dont la glycosurie survint trente ans après le chancre.

Glycosurie survenue trente ans après le chancre.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. 1912
Page 719 (Charles Laurent) (Résumé).

Mme X..., âgée de 52 ans. Syphilis à 20 ans. « Elle prit quelques douzaines de pilules », puis ne se préoccupa plus de sa maladie. Elle fit pourtant à diverses reprises une cure printanière d'IK.

En juin 1912, consulte un médecin; ne parle pas de sa syphilis.

Urines : quantité totale 1 l. 200.

Sucre : 3 gr. par litre.

En dehors de cette glycosurié, aucun signe de diabète, ni obésité, ni polyphagie, ni polydypsie, ni polyurie.

Institution du régime classique antidiabétique; le régime n'est pas suivi.

En janvier 1912, la malade vient consulter Laurent; longs récits sur la glycosurie; peu de mots sur la syphilis.

A cette époque, 2 gr. de sucre par litre.

La malade ne veut rien modifier à son régime ordinaire et demande à suivre un traitement hydrargyrique.

Injectons d'huile grise de Vigier à la dose de 0,07 centigr. par semaine.

A la troisième injection, les urines ne contiennent plus de sucre.

Revuës depuis à cinq reprises différentes, les urines n'ont jamais plus contenu du sucre.

CHAPITRE IV

Pathogénie et conception générale des diabètes sucrés d'origine syphilitique

« L'exanthème roséolique ne doit pas être considéré comme représentant toujours la première manifestation de l'infection syphilitique généralisée. Les phénomènes de généralisation viscérale sont souvent plus précoces qu'on ne croit généralement » (*Audry*).

Il n'est donc pas étonnant que la syphilis puisse provoquer des troubles profonds de très bonne heure.

La glycosurie et le diabète syphilitiques qui ont été signalés comme apparaissant avant ou pendant la période secondaire en sont la preuve.

Mais, faute de documents suffisants, il est bien dif-

facile de préciser par quel mécanisme pathologique la syphilis provoque ces troubles.

On ne peut faire que des hypothèses.

L'apparition précoce de la glycosurie ou du diabète à la période secondaire, leur disparition souvent rapide sous l'influence du traitement spécifique, permettent de supposer qu'il s'agit de troubles huméraux provoqués par les poisons du tréponème (tarissement temporaire de la sécrétion du pancréas : Ehrmann) ou de troubles liés à des localisations viscérales légères que le traitement guérit très rapidement (localisations nerveuses précoces : Danlos.)

Avec la période tertiaire de la syphilis on entre dans une période dangereuse. Car il n'est pas un système organique, il n'est pas un coin et un recoin de l'économie dont elle ne puisse prendre possession, il n'est pas un tissu qui échappe à son atteinte. » (Fournier).

Aussi tous les organes glycoso-régulateurs peuvent-ils être plus ou moins profondément atteints.

Le système nerveux, le système glycoso-régulateur couplé qui d'après Chauveau et Kauffman constituent le foie et le pancréas sont lésés et profondément.

En plus des lésions constatées des organes il y a des troubles huméraux plus ou moins graves résultant du réveil du virus syphilitique.

Lésions du système nerveux, lésions du pancréas et du foie, troubles huméraux, tels sont les modes pathogéniques par lesquels la syphilis tertiaire provoque le diabète.

Nous allons étudier séparément chacun de ces modes.

Pour ce qui est du diabète, d'origine nerveuse le fait de Leudet, met bien en valeur l'histoire de ces lésions du plancher du IV^e ventricule.

« On conçoit, n effet, facilement, que toute gomme, toute méningite spécifique de la base, soit susceptible d'entraîner le désordre glycosurique, en général accompagné de polyurie, polydypsie, polyphagie.

Ce qui est plus remarquable c'est que le syndrome diabétique puisse évoluer pour son propre compte sans être noyé dans un cortège symptomatologique à grands signes (phénomènes moteurs, sensitifs et sensoriels), de fait de la lésion bulbaire.

Ceci peut s'expliquer par la sensibilité en quelque sorte du centre ventriculaire de la glycosurie et par les lésions minima qui suffisent à l'exciter. » (Cordier)

En ce qui concerne le pancréas, ses lésions ne sont pas rares dans la syphilis acquise et on les a constatées environ dans 45 0/0 des cas d'autopsie de syphilitiques avérés (Walter-Salis)

« Dans le domaine de la pathogénie pancréatique du diabète, l'étiologie syphilitique vient donc apporter une contribution intéressante. Mais peu nous importe dans cette question particulière la nature intime de l'action du pancréas : action du ferment glycolytique de I.épine, action glycorégulatrice de Chauveau, action harmonique actuellement en faveur. Ce qui vaut pour nous c'est que la syphilis vient faire des altérations macroscopiques du pancréas réalisant parfois de vraies destructions qu'on ne saurait comparer qu'à celles obtenues avec tant de peine par les expérimentateurs. » (Cordier)

C'est ainsi que dans le rapport d'autopsie d'un malade mort de pancréatite syphilitique avec diabète, Terrier

mentionne que le pancréas était atteint de cirrhose atrophique.

Le rapport d'autopsie de Steinhaus au sujet d'un malade mort également de diabète pancréatique est encore plus intéressant. Le pancréas se trouvait touché conjointement au foie et au duodénum. Au niveau de l'ampoule de Vater, on trouvait une ulcération syphilitique, consécutive au ramollissement d'une gomme, creusant un tunnel en pleine substance pancréatique. Le pancréas présentait en outre des reliquats de lésions syphilitiques; il était parcouru de larges travées fibreuses et l'on y voyait des lésions importantes d'endarterite oblitérante.

Dans l'observation de Wolff la queue du pancréas était sclérosée.

Gommes tertiaires, accidents vasculaires, troubles trophiques avec prolifération intense du tissu conjonctif interstitiel, on a tout observé dans l'organe touché à la fois dans ses glandes excrétrices et ses îlots endocrines et ainsi rendu incapable de remplir sa double fonction glandulaire; fonction qui d'ailleurs a été troublée par la syphilis bien avant que cette dernière ait détruit l'organe par son processus néoplasique et sclérosant.

D'après certains auteurs la fonction endocrine de la glande serait troublée, avant sa fonction exocrine; ce fait expliquerait l'apparition précoce de la glycosurie dans la pancréatite syphilitique. En effet, les auteurs qui ont étudié la question sont d'accord pour signaler la fréquence et la rapidité d'apparition de la glycosurie dans les pancréatites syphilitiques. Ils en font même un des signes différentiels de cette pancréatite.

Walter Salis, faisant l'étude de 250 pancréatites d'origine indéterminée, ne trouva que 2 fois la glycosurie dans les symptômes, tandis qu'il la notait 8 fois sur 15 cas de pancréatite syphilitique.

D'après cet auteur, l'explication de cette glycosurie précoce dans la pancréatite syphilitique, serait dans l'infection par voie sanguine, du pancréas par le tréponème; les îlots de Langerhans seraient ainsi lésés dès le début de l'infection.

Tout se passerait à l'inverse des pancréatites chroniques d'origine indéterminée où le parenchyme excréteur étant atteint le premier ce serait la fonction exocrine la première touchée d'où rareté de la glycosurie, dans ces formes de pancréatite, et fréquence de la stéatorrhée.

Avec le pancréas, le foie se trouve parfois touché par la syphilis.

L'apparition au cours du diabète pancréatique syphilitique d'ictère et d'urobilinurie traduisent bien l'insuffisance fonctionnelle hépatique.

Au cours d'autopsie, au cours de celle rapportée par Steinhaus en particulier, on a trouvé des lésions syphilitiques du foie.

Mais le foie seul ne semble pas jouer un rôle important dans l'éclosion des différents types de diabète syphilitique.

Les lésions gommeuses hépatiques sont pourtant fréquentes soit chez les hérédosyphilitiques, soit chez les tertiaires, avec les manifestations polymorphes bien connues (foie gommeux, foie ficelé, sclérose interstitielle discrète et diffuse, scléroses à larges faisceaux et périhépatite).

Bien que ce tableau se rencontre assez souvent, il ne semble pas lié à l'éclosion d'un diabète : « Ce serait au besoin une preuve de plus du rôle inopérant du foie dans la création de toute pièce du diabète vrai. »

Mentionnons enfin que si les lésions rénales sont fréquentes dans la syphilis, le diabète rénal syphilitique ne semble pas admissible.

Après l'étude des lésions organiques capables de créer un diabète vrai, il reste à essayer de découvrir dans le domaine des pathogénies humorales des diabètes quelle part revient à la syphilis dans la création de ces diabètes, qu'on ne peut cliniquement expliquer par l'hypothèse d'une lésion nerveuse ou pancréatique.

« Il est certain que la neurasthénie syphilitique, la dépression générale qu'elle procure dans les domaines psychique ou somatique, peut être considérée comme une cause adjuvante et que la syphilis évoluant sur un terrain prédisposé par une hérédité lithiasique ou une intoxication alcoolique a meilleur jeu pour créer le diabète. » (Cordier)

Mais quelle est la part qui reviendrait à la syphilis dans le trouble du métabolisme des hydrates de carbone aboutissant au diabète ?

Au préalable, revoyons rapidement les deux groupes de conceptions qui essaient de rendre compte du mécanisme pathogénique du diabète en général.

D'une part, il y aurait surabondance de glycose livré à la consommation tissulaire (défaut de mise en réserve des hydrates de carbone apportés par l'alimentation (anhépatie) ou hyperfonctionnement de la cellule hépatique devenant trop puissamment active, trop produc-

trice de glycose (hyperglycogénie aux dépens des matières protéiques).

D'autre part il y aurait diminution de la destruction du sucre dans l'organisme : suppression ou diminution du ferment glycolytique de Lépine, défaut de glycolyse au niveau des tissus soit par diminution de l'activité cellulaire, soit par un phénomène rappelant la syncope des tissus étudiée par Brown Léquard et que reproduit facilement chez l'animal la commotion cérébrale. (Diabète par ralentissement de la nutrition de Bouchard.)

Dans le premier cas, la syphilis frapperait le foie en provoquant des altérations cellulaires intimes qui auraient pour conséquence d'importants troubles d'hyper ou d'hypo fonctionnement de cet organe.

Ou bien la syphilis agirait en frappant les centres glycoso-régulateurs (probables) qui tiennent la glycogénèse hépatique sous leur dépendance.

Dans le second cas, la syphilis serait agent de ralentissement de la nutrition comme l'ont prouvé Gaucher et Crouzon.

Hermanides pense à l'action possible inhibitrice de syphilo-toxines sur le ferment répartiteur ou destructeur du sucre dans l'organisme ou sur le parenchyme hépatique.

Il va même jusqu'à conclure que le diabète est une intoxication syphilitique, avec toutes ses conséquences de diminution d'activité vitale des tissus.

En fin de ce chapitre de pathogénie syphilitique du diabète, on voit « que les faits d'une part, les hypothèses de l'autre, abondent ».

« Les faits dans le domaine des lésions anatomiques

(cérébrales, médullo-bulbaire, pancréatiques), les hypothèses en ce qui concerne les altérations fonctionnelles ou les modifications humorales, ou les perturbations des ferments chargés de l'équilibre des sucres sous l'influence des toxines syphilitiques. » (Cordier)

En conclusion, on en arrive à une double conception des diabètes d'origine syphilitique.

Dans un premier cas, le diabète ne nous apparaît que comme le symptôme de la lésion d'un des organes glycoso-régulateurs (bulbe, pancréas) par la syphilis.

C'est un diabète symptomatique.

Dans un second cas, devant l'incertitude des signes cliniques autorisant l'hypothèse d'une localisation viscérale syphilitique diabétogène, on est obligé d'admettre que le diabète est l'expression de troubles humoraux et élémentaires dépendant de la syphilis.

CHAPITRE V

Diabètes d'origine syphilitique et thérapeutique

S'il est intéressant de savoir par quelles lésions la syphilis provoque le diabète, il est utile de connaître cette manifestation spéciale de la syphilis, car ici, comme dans toutes les manifestations syphilitiques, le traitement spécifique a des résultats remarquables.

Bien entendu, la médication antisypilitique doit être conduite d'une façon judicieuse et prudente.

L'état des reins, des vaisseaux, du cœur, la tension artérielle doivent être soigneusement notés avant tout début de traitement.

On fera également un rapide examen de la bouche et des dents. On fera remettre en état les dents cariées; il faut, en effet, prendre toutes les précautions nécessaires pour éviter toutes les causes adjuvantes de la stomatite mercurielle qui peut ici apparaître d'autant plus faci-

lement que les diabétiques ont, de par leur diabète, tendance à faire de la gingivite.

De plus, il faudra parmi les médicaments antisypilitiques faire un choix.

Si, à priori, les médicaments antisypilitiques à base d'arsenic ne paraissent pas contre indiqués, car la cure arsenicale dans le diabète, en général, est souvent excellente, l'emploi des arsenobenzolés, à haute dose, pourrait être dangereuse chez des sujets à foie et à reins en état de moindre résistance.

Aussi paraît-il préférable de s'en tenir au traitement ioduro-mercuriel qui donne des résultats excellents.

Le traitement mercuriel sera institué sous forme de frictions, par pilules, ou par injections de sels mercuriels solubles.

La facilité avec laquelle se développe les infections banales chez les diabétiques, fait rejeter par certains l'emploi des injections mercurielles intra-musculaires et ils donnent la préférence au traitement par les pilules.

Nous croyons que les injections intra-musculaires, à condition qu'elles soient faites avec une asepsie rigoureuse, sont sans danger.

Bien entendu, l'élimination du mercure par les émonctoires, et en particulier par les reins, devra être surveillée de très près.

L'iodure de potassium sera donné soit associé au mercure sous forme de protoiodure, soit seul en potion ou en lavement.

On ne devra pas oublier que la dose thérapeutique, environ 2 gr. par jour, ne devra être atteinte que progressivement. En effet, l'I K provoque au niveau des lé-

sions syphilitiques des phénomènes congestifs intenses, qui ne sont pas toujours sans danger si l'on a affaire à des lésions cérébrales.

On ne doit pas s'attendre toutefois, même avec le traitement spécifique, à un résultat immédiat, à une disparition brusque du sucre, sauf si la syphilis n'a encore créé que des troubles fonctionnels; mais si des lésions définitives ont été créées, elles sont capables de maintenir encore pendant quelques semaines ou quelques mois leur action.

Nous avons constaté dans deux observations rapportées, que pendant quelques jours il n'y a pas eu de réelle modification et que l'amélioration survint d'un seul coup.

Bien entendu les rechutes doivent être évitées; et c'est pourquoi le traitement spécifique doit être repris après des intervalles de repos et continué longtemps.

La valeur dans le traitement du diabète d'origine syphilitique de la médication spécifique nous l'a fait placer au premier plan. Mais ici comme dans tous les diabètes, il y a place pour la médication antidiabétique : la diététique, l'opium, l'antipyrine bicarbonatée ou non, doivent être prescrits dans le diabète syphilitique; car les lésions créées par la syphilis, si elles sont d'étiologie spéciale, sont anatomiquement et fonctionnellement banales et tout traitement du diabète en général améliorera les troubles que ces lésions entraînent.

Le traitement antidiabétique apparaît donc comme un traitement symptomatique; agissant sur le syndrome diabète, quelle que soit la cause de ce dernier, tandis que le traitement antisymphilitique conserve sa valeur de

médicament spécifique avec action élective et directe sur la lésion originale syphilitique.

C'est pourquoi dans les diabètes syphilitiques il faut instituer et le traitement spécifique, et le traitement anti-diabétique (1).

(1) Dans le cas de diabète pancréatique syphilitique avec tumeur du pancréas, l'intervention opératoire pourra être proposée. La partie de la glande lésée pourra être enlevée après laparotomie.

Mais le traitement chirurgical n'est qu'un adjuvant du traitement spécifique médical qui doit être institué avant l'opération et continué longtemps après.

CONCLUSIONS

I. — Il existe des cas de glycosurie et de diabète sucré qui ont apparu après une infection syphilitique, soit d'une façon précoce, dès la période secondaire, soit, et ce sont les cas les plus fréquents, 2, 5, 10, même 30 ans après le chancre, à la période tertiaire. Dans plusieurs cas les accidents secondaires ou tertiaires et les accidents diabétiques ont apparu de pair.

Il semble qu'il y ait autre chose qu'un simple rapport de coïncidence entre les deux maladies, puisque :

II. — Dans un certain nombre de cas, la glycosurie, le diabète sucré, se sont améliorés ou ont guéri sous l'influence du traitement antisypilitique.

La réussite du traitement ioduro-mercurique suffit à elle seule, à imprimer un cachet net d'origine syphilitique au diabète, alors même qu'il manquerait, pour associer plus complètement l'étiologie syphilitique de ce diabète, les anamnèses de syphilis et les signes cliniques traduisant la lésion d'un organe déterminé (bulbe, pancréas).

III. — Le mode d'action de la syphilis, dans la création du diabète, peut être variable; tantôt par ses localisations cérébrales, hépatiquo-pancréatiques, la syphilis n'agit que comme un processus néoplasique ou destructif et l'on a un diabète symptomatique de localisations syphilitiques; tantôt l'incertitude des signes de localisations, permet de penser que la syphilis a provoqué le diabète par des troubles humoraux ou élémentaires profonds.

IV. — Lorsque l'étude critique des symptômes permet d'admettre l'origine syphilitique d'un diabète, il faut instituer le traitement spécifique.

L'état des reins, chez bon nombre de diabétiques, empêche l'emploi des médicaments antisypilitiques à base d'arsenic et force à surveiller de très près l'élimination du mercure par les urines.

Il sera nécessaire d'adjoindre au traitement antisypilitique, le traitement antidiabétique; l'un et l'autre se complètent : l'un s'attaquant à la cause (manifestations néoplasiques originales de la syphilis, gomme irritant un point diabétogène par exemple); l'autre s'attaquant à l'effet (syndrome diabète).

Vu :
LE DOYEN,
HUGOUNENQ.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
ROQUE.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 4 mars 1920.

LE RECTEUR,
PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- EHRMANN. — *Annales de Dermatologie et de syphiligraphie*.
A : 1909. Page 387. Diabète syphilitique.
- HARDOY. — *Revista de la Asociacion medica Argentina in Presse medicale*, 20 juin 1918. Page 316. Un cas de diabète sucré syphilitique.
- HERMANIDES. — *Affections parasymphilitiques*. Haarlem 1903.
- LAUNOIS. — *Journal de Médecine de Paris*. 30 janvier 1909
Diabète pancréatique d'origine syphilitique.
- LONGLEY. — *Journal of the medical American*. 20 avril 1912
Syphilis. Diabetes and Salvarsan.
- LAURENT. — Glycosurie survenue trente ans après un chancre syphilitique et guérie par le traitement mercuriel.
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. Décembre 1912. p. 728.
- MOLLE (d'Oran). — *Lyon Médical*. 1918. Page 429. Un cas de réinfection syphilitique chez un diabétique.
- NATHAN. — *La Clinique*. 15 novembre 1912. Diabète syphilitique.
- STEINHAUS. — *Journal médical de Bruxelles*. 28 mars 1907
Glycosurie par syphilis pancréatique.
- M. G. SARRA. — *Semaine médicale*. 27 octobre 1909. p. 512.
La fréquence du diabète sucré parmi les syphilitiques
- TROLLER. — Essai sur le diabète syphilitique. *Thèse de Paris* 1905.
- WALTER SALIS. — *Annales de dermatologie et de Syphiligraphie*. Décembre 1913. p. 657. Syphilis du pancréas.

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre I. — Introduction et aperçu historique.....	7
Chapitre II. — Fréquence relative du diabète et de la syphilis. — Criterium du diabète d'origine syphilitique.	11
Chapitre III. — Diabètes sucrés et glycosuries syphilitiques. Formes cliniques :	
I. Glycosurie et diabète de la période secondaire....	17
II. Diabètes et glycosurie de la période tertiaire :	
1° Diabète d'origine nerveuse.....	20
2° Diabète d'origine pancréatique.....	22
3° Diabète d'origine ni pancréatique ni nerveuse..	38
4° Glycosurie	47
Chapitre IV. — Pathogénie et conception générale des diabètes sucrés d'origine syphilitique.....	49
Chapitre V. — Diabètes d'origine syphilitique et thérapeutique	57

